

FORMULAIRE D'ADMISSION

Afin de m'assurer du bon déroulement de la séance et de la faisabilité des soins bien-être que je propose, merci de répondre sincèrement à ce formulaire. Les réponses sont et resteront strictement confidentielles.

INFORMATION PERSONNELLES

NOM :

PRENOM :

AGE :

PROFESSION :

ADRESSE COMPLETE:

NUMERO DE TELEPHONE :

ADRESSE E-MAIL :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

APPÉTENCE AU MASSAGE

AVEZ-VOUS DEJA RECU UN MASSAGE : NON OUI

SI OUI, LE OU LESQUELS PARMIS LA LISTE CI-DESSOUS

suedois-californien thaïlandais réflexologie plantaire lomi-lomi

ayurvédique pierres chaudes aux pochons aromatiques assis

autres :

COMMENT VOUS SENTEZ VOUS AUJOURD'HUI ?

VOTRE ETAT EMOTIONNEL :

VOS BESOINS OU ATTENTES CONCERNANT LE MASSAGE ?

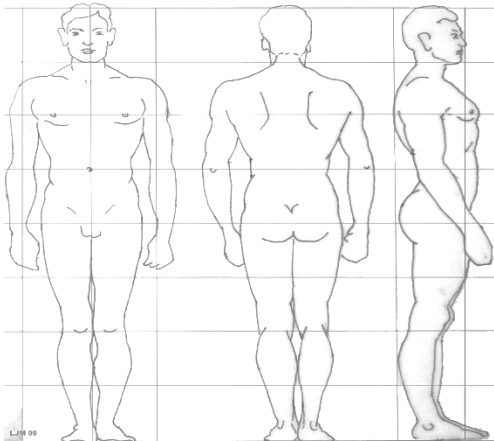
ZONES DU CORPS A PRIVILEGIER OU A EVITER :

TYPE DE PRESSION : LEGERE APPUYÉE

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

AVEZ-VOUS DE LA FIEVRE : NON OUI

AVEZ-VOUS DES PARTIES DOULOUREUSES DANS LE CORPS : NON OUI



SI OUI, OU CA :

PRENEZ VOUS ACTUELLEMENT UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX : NON OUI

SI OUI LESQUELS :

ETES VOUS ENCEINTE NON OUI

SI OUI, NOMBRE DE SEMAINES DE GROSSESSE :

SI OUI, LA GROSSESSE COMPORTE ELLE DES FACTEURS DE RISQUES : NON OUI

SI OUI, LESQUELS :

AVEZ-VOUS DES DOULEURS CHRONIQUES : NON OUI

SI OUI LESQUELLES :

SI OUI QU'EST-CE QUI LES SOULAGE :

SI OUI QU'EST-CE QUI LES EMPIRE :

AVEZ-VOUS SUBI UNE OPERATION CHIRURGICALE RECENTE (MOINS DE 2 ANS) : NON OUI

SI OUI, LAQUELLE :

MERCI D'ENTOURLER LA OU LES CASES QUI VOUS CORRESPONDENT :

CANCER

FIBROMYALGIE

MIGRAINE / MAL DE TÊTE

A.V.C

NEUROPATHIE

ALLERGIES

ARTHRITE

PROBLEMES ARTICULAIRES

TROUBLES CARDIAQUES

TROUBLES VASCULAIRES

DIABETE

TROUBLE RENAL

AUTRES INFORMATIONS MEDICALES A CONFIER ?

VEUILLEZ LIRE ET SIGNER CE QUI SUIT :

Je comprends que le massage bien-être reçu n'a aucune vocation thérapeutique et ne saurait remplacer un traitement adapté, suite à un avis médical.

Je certifie qu'à ma connaissance, les informations fournies sont vraies et complètes.

Je comprends que les informations fournies sont confidentielles et ne seront diffusées en aucun cas à un tiers.

Je comprends qu'en cas de doute, la praticienne en massage bien-être peut mettre fin au massage en tout temps en cas de comportement inapproprié.

Je comprends qu'il n'y a aucune pratique à caractère sexuel dans le cadre des prestations bien-être proposées.

Je comprends que toutes les séances comprennent un temps de préparation et de récupération.

Je comprends qu'un préavis de 48h soit obligatoire pour annuler ou reporter un rendez-vous. Dans le cas contraire, tout soin bien-être payé ne sera pas remboursé et que le rendez-vous sera reporté selon les disponibilités.

ATTESTATION DE DELIVRANCE DE L'INFORMATION PRECONTRACTUELLE ET RENONCEMENT AU DROIT DE RETRACTATION DE 14 JOURS

J'atteste avoir reçu un exemplaire des conditions générales de ventes et/ou de prestations de services comportant un bordereau de rétractation, exécutées par Marjorie LE GLOAN et les accepte sans réserve.

J'atteste avoir pris connaissance des conditions générales de ventes et/ou de prestations de services

Je renonce expressément à user de de son droit de rétractation mentionné à l'article L.221-18 du Code de la consommation.

demande à Marjorie LE GLOAN l'exécution immédiate ou à la date convenue, de la prestation de description, conformément à l'article L.221-18 du Code de la consommation.

NOM/PRENOM :

DATE ET SIGNATURE :